Über Sturzgeburt

und ihre forense Bedeutung.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN.

Von

Johannes Franke
approb. Arzt aus Oranienburg
Assistenzarzt b. Feldartillerie-Regiment Generalfeldzeugmeister (2. Brandenb.) Nr. 18.

Tag der Promotion: 22. Dezember 1909.

Berlin 1909.
Universitäts-Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke)
Linienstraße 158.

59

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Prof. Dr. **Bumm.**

Meinen Eltern.

Mit dem Ausdruck „präzipitierte Geburt“ bezeichnet man eine solche, bei deren Verlauf die Geburtswiderstände rasch überwunden werden. Die Wehentätigkeit kann dabei eine sehr verschiedene sein. Ist das Kind sehr klein und das Becken sehr weit, so kann auch bei Wehen, zwischen denen noch Pausen sind, und die nicht von besonderer Stärke zu sein brauchen, die Geburt sehr rasch verlaufen. Allzu hoch ist die Bedeutung eines abnorm weiten Beckens in geburtshilflicher Hinsicht nicht einzuschätzen, dagegen kann es in der Schwangerschaft ein frühes und, was für die Frage der Sturzgeburten in Betracht kommt, tiefes Herabrücken des Kopfes in das kleine Becken veranlassen, so daß es dann während der Geburt bei geringen Widerständen und kräftiger Wehentätigkeit zu einer überstürzten Austreibung der Frucht führen kann. Folgen die Wehen in stärkerem Grade rasch aufeinander, so kann auch bei normalem Größenverhältnis von Becken und Kind eine präzipitierte Geburt zu stande kommen, zumal wenn dabei noch eine ungewöhnlich starke Bauchpressentätigkeit einsetzt.

Fällt bei einem so schnellen Verlauf der Geburt das Kind auf den Boden, im Gehen, Stehen oder Sitzen der Gebärenden, so spricht man von „Sturzgeburt.“ Auch dabei können die Wehen verschieden kräftig sein, so daß das Kind entweder aus den Genitalien herausgeschleudert wird oder infolge der eigenen Schwere zu Boden fällt. Ferner kann die Fruchtblase tief herabgetreten sein und dann die Kreißende durch Ausdehnung des unteren Teiles der Vagina noch während des Stehens zum Mitpressen zwingen, so daß fast gleichzeitig mit dem

Abgang des Fruchtwassers beim Sprung der Blase das Kind durch den vorbereiteten Weg unter kräftigem Mitpressen zu Boden stürzt. Dabei kann der Fall eintreten, daß die Wehenschmerzen der Eröffnungsperiode von der Kreißenden gar nicht beachtet werden, vielleicht infolge Unkenntnis und wegen Verwechselung der Geburtswehenschmerzen mit anderen Beschwerden oder auch, wie mehrfache Beobachtungen ergeben haben, infolge fast völliger oder völliger Schmerzlosigkeit der ganzen Geburt. Immerhin ist die vollständige Schmerzlosigkeit von Geburten bei sonst gesunden Frauen als nicht häufig anzusehen.

Anders bei an Tabes dorsalis leidenden Kreißenden. Nach Zacharias tritt unter der Geburt neben der Untätigkeit der Bauchpresse die Schmerzlosigkeit der Wehen in auffällige Erscheinung. Ebenso ist auch bei früheren Autoren neben dem schnellen Verlauf die Schmerzlosigkeit der Geburten bei tabischer Erkrankung der Gebärenden aufgefallen. Fällt bei der letzterwähnten Erkrankung des Nervensystems die Bauchpresse ganz fort, so findet sich andererseits eine abnorm starke Tätigkeit derselben bei neurasthenischen Frauen, deren an und für sich schon erheblich leichter erregbare Bauchmuskelinnervation vermöge der hohen Erregbarkeit der sensiblen Nerven noch durch die willkürliche Verstärkung der Bauchpresse unterstützt wird. Die Möglichkeit der Vererbung dieser neurasthenischen Reizbarkeit erklärt wohl auch zum Teil die durch mehrere Generationen hindurch in die Erscheinung tretende Disposition für Sturzgeburten, wie sie z. B. von Cazeaux erwähnt wird.

Unter den Widerständen spielen die Beckenverhältnisse bei Sturzgeburten, wie schon oben erwähnt, nur eine geringe Rolle, wenn auch die ausgesprochen weiten Becken die Widerstände vermindern. Von viel größerer Bedeutung ist das Gewicht, die Größe der Frucht. So stellen nach v. Winckel die unter 2000 g wiegenden Kinder den größten Prozentsatz zu den präzipitiert geborenen. Indessen verlaufen Zwillingsgeburten, bei denen doch meist kleinere Kinder in Betracht kommen, selten präzipitiert, was v. Winckel damit erklärt, daß

Zwillinge tragende Mütter infolge stärkerer Beschwerden meist rechtzeitig Hilfe suchen.

Von größtem Einfluß auf den präzipitierten Verlauf einer Geburt sind die durch das Verhalten der mütterlichen Weichteile bedingten Widerstände. Bei einem Vergleich des Verhältnisses der Erstgebärenden zu den Mehr- und Vielgebärenden aller Kreißenden ergibt sich nach Walthard, daß die Erstgebärenden eine erheblich geringere Ziffer zu den präzipitierten Geburten stellen. Ebenso erscheint es nach Straßmann begreiflich, daß Pluriparae mehr beteiligt sind. An und für sich sind ihre Geburten von kürzerer Dauer; dazu kommt nach v. Winckel, der 71,3 Proz. Mehrgebärende unter seinen Sturzgeburten hat, daß Pluriparae meist so lange als möglich mit der Aufnahme in die Klinik warten, um ihren Haushalt besorgen zu können. Andere hingegen, wie Hofmann und Fritsch, geben an, daß Erstgebärende häufiger als Mehrgebärende von Sturzgeburten überrascht würden.

Daß die Gerichtsärzte lehren, Fälle von präzipitierten Geburten beträfen meist Erstgebärende, kann seinen Grund darin haben, daß es sich in gerichtlichen Fällen meist um außerehelich Gebärende handelt, die in der größten Anzahl I parae sind. Unter diesen unehelich Gebärenden befinden sich jedenfalls mehr solche, welche heimlich niederkommen wollen, die die Wehen mißdeuten und in ihrer Unerfahrenheit zu spät Hilfe aufsuchen.

Stets sind zum Zustandekommen einer Sturzgeburt geringe Widerstände seitens der mütterlichen Geburtswege und des Kindes Voraussetzung. Sind die mütterlichen Weichteile nachgiebig, dann kann der ganze Geburtsakt in sehr kurzer Zeit, bei Mehrgebärenden in wenigen Minuten, ablaufen. Der Kopf tritt in solchen Fällen sofort in die Scheide und schon in der nächsten Preßwehe über den Damm hervor. Man darf die Möglichkeit einer Sturzgeburt selbst dann nicht ausschließen, wenn das Becken nicht besonders weit, das Kind aber gut entwickelt ist und sogar am Kopfe Spuren des erlittenen Druckes darbietet, weil selbst bei langsamer Geburt die Austreibung der Frucht plötzlich erfolgen, die Gebärende

also doch überrascht werden kann, was besonders der Fall ist bei platten Becken mit erweitertem Beckenausgang.

Unter den Folgen der Sturzgeburt für die Mutter werden in erster Linie Dammzerreißungen, viel seltener Scheiden- und Cervixrisse, Loszerrung der Placenta oder Inversion und Nachgeburtsblutungen angeführt. In der dritten Geburtsperiode können bei Sturzgeburten Uterusatonien vorkommen, infolge deren die Gebärende verbluten kann. In vielen Fällen verlaufen präzipitierte Geburten jedoch für die Mutter ohne Nachteil, besonders bei horizontaler Lage der Kreißenden. In solchen Fällen ist der Geburtsverlauf nur ungewöhnlich rasch; die Schmerzensäußerungen der Gebärenden folgen sich ununterbrochen, die Bauchpresse ist dauernd in kräftiger Tätigkeit, bis unter einem heftigen Schrei oder Zähneknirschen und gleichzeitiger Ausleerung von Urin, Kot und Darmgasen das Kind plötzlich hervorstürzt. Ist dabei der Muttermund noch nicht vollständig dilatiert, und treibt die Kreißende durch heftiges Mitpressen den Kopf durch den noch straffen Muttermund, so entstehen Einrisse in der Cervix und darauf folgend starke Blutungen. So berichtet Elwert über einen Verblutungstodesfall infolge eines Cervixrisses von 4 cm Länge. Jedoch sind derartige Fälle als Seltenheiten anzusehen, da meist erst nach der Eröffnungsperiode die Geburt mit Eintritt des vorangehenden Teiles in das kleine Becken und die Vagina präzipitiert wird, woraus sich das viel häufigere Vorkommen von Verletzungen der Scheide und äußeren Genitalien erklärt. Unter ihnen finden sich auch sonst seltene Verletzungen wie quere Durchreißung beider Labien.

Einen solchen Fall beobachtete Ruppauner bei einer 19jährigen I para nach Sturzgeburt. Außer der queren Durchreißung beider kleinen Labien ging von dem inneren Ende des rechtsseitigen Risses ein zweiter nach oben, bis ins große Labium und den Mons veneris verlaufend. Der letzte Riß klaffte ziemlich stark und ließ in seinen oberen Partien das subkutane Fett zutage treten. Nach Ansicht Ruppauners ist vielleicht in

diesem Falle die eigenartige Stellung der Mutter im Momente der Geburt — sie wurde von der Geburt überrascht und gebar in hockender Stellung — für die Verletzung verantwortlich zu machen. Das Kind war etwas zu früh geboren, und die Mutter wollte von der bestehenden Schwangerschaft keine Kenntnis gehabt haben. Aber auch trotz Dammschutzes sind Weichteilverletzungen bei präzipitiertem Austritt des Kindes in liegender Stellung der Mutter häufig, bei Erstgebärenden häufiger als bei Mehrgebärenden, wohl infolge der Enge der Schamspalte, während Mehrgebärende, welche bei früheren Geburten Dammverletzungen erlitten haben, trotz liegender Stellung und regelrechten Dammschutzes tiefe Dammrisse bei späteren präzipitierten Geburten erleiden können.

So hatte Walthard Gelegenheit, ein totales Abreißen der hinteren Kommissur der Scheide vom Introitus vaginae bei einer II para zu beobachten. Auffällig ist dagegen nach Walthard die relativ geringe Zahl von Weichteilverletzungen bei Sturzgeburten mit Fall des Kindes auf den Boden infolge Unkenntnis der Gebärenden. Es fanden Reinhard, Hugenberger, Bidder und Olshausen bei zusammen 120 präzipitierten Geburten nur 7 Dammrisse, wovon 6 unbedeutend waren. v. Winckel fand bei 212 präzipitierten Geburten in 25—27 Proz. Verletzungen der äußeren und inneren Genitalien, in der Hauptsache Verletzungen des Dammes und des Introitus geringerer Art. Nach v. Winckel ist es die ungünstige Haltung der Kreißenden bei vielen präzipitierten Geburten, die die große Zahl der Dammrisse verursacht. Im Stehen und Gehen preßt die vermehrte Beckenneigung den Kopf stärker gegen den Damm, und beim Sitzen hemmen die zusammengedrängten Schenkel die gehörige Entfaltung der Weichteile.

Andere Gefahren für die Mutter infolge von Sturzgeburten, Ablösungen der Placenta und Blutungen, mehr noch Prolaps und Inversion des Uterus sind seltener. Immerhin sind stärkere und gefährlichere Blutungen in der Nachgeburtsperiode bei präzipitierten Geburten häufiger als sonst. Indessen hat Fritsch trotz jahrelangen Nachforschens nirgends einen Verblutungstod nach Sturz des

Kindes auf den Boden auffinden können. Die Blutungsquelle liegt oft in Rissen und Fissuren der Clitoris, des Dammes, der Cervix. Daß aber plötzliche Entleerung der Gebärmutter öfter eine Atonie und ev. eine lebensgefährliche Blutung zur Folge hat, ist bekannt. Tritt während einer solchen bei der durch die Geburt überraschten Kreißenden noch eine Ohnmacht hinzu, so ist die Gefahr um so größer.

Daß sich im Augenblicke des Austrittes des Kindes bei Sturzgeburten Bewußtlosigkeit einstellen kann, ist entgegen der Ansicht älterer Autoren von verschiedenen Beobachtern festgestellt. Die Gebärende wird in solchen Fällen der Fähigkeit beraubt, sich um ihr eigenes Wohl sowie um das des Neugeborenen zu kümmern, welch letzterer Umstand in gerichtlichen Fällen in Betracht zu ziehen ist, wobei es schließlich gleichgültig ist, ob man die Entstehung der Ohnmacht durch die plötzliche Entleerung der Gebärmutter, die eine Kongestion der Abdominalorgane und daraus folgend eine Gehirnanämie herbeiführt, oder auf psychischer Basis beruhend erklären will.

Über den Verlauf des Wochenbettes nach Sturzgeburten gehen die Ansichten auseinander. Entgegen der Ansicht Walthards, daß die Morbidität der präzipitiert Entbundenen bei Fernhaltung von Außeninfektion in den gleichen Grenzen schwankt wie die Morbidität der Spontangeburten überhaupt, kommt Baumann an der Hand der ihm aus der Gießener Frauenklinik aus dem Jahre 1895—1905 ($^1/_2$) zur Verfügung stehenden 79 Fälle von präzipitierten Geburten zu der Folgerung, daß bei präzipitierten Geburten viel mehr Erkrankungen vorkommen, wobei er jedoch hinzusetzt, daß die exogene Infektion doch immer das Wichtigste bleibt, da die ganz unberührten präzipitierten Geburten viel besser daran waren als die berührten. Die Morbidität ist nach seiner Ansicht größer als bei normal verlaufenden Geburten. Die Heilung der Risse nimmt keinen vom gewöhnlichen abweichenden Verlauf. In vielen Fällen von Fieber im Wochenbett nach präzipitierten Geburten wird eine exogene Infektion nicht mit Sicherheit auszuschließen

sein. Man hat bei solchen Wöchnerinnen, die vollständig entbunden in die Klinik eingeliefert werden, die nicht berührt werden, und bei denen Fieber im Verlauf des Wochenbettes auftritt, an die Möglichkeit des Selbsttouchierens zu denken. Trotzdem ist bei Sturzgeburten in Anbetracht der Umgebung, der begleitenden Umstände eine leichtere Desinfektionsmöglichkeit zuzugeben als bei Geburten, die in genügender Weise vorbereitet sind.

Erheblich mehr Gefahren drohen dem Kinde durch die Sturzgeburt. Daß trotz des Sturzes auf den Boden viele Kinder unversehrt bleiben, liegt daran, daß derselbe durch verschiedene Umstände gemildert werden kann, zum großen Teil auch durch die Nabelschnur, deren Untersuchung von großem Werte ist. Stürzt das Kind schnell aus den Genitalien hervor, so kann die Nabelschnur entweder zerreißen oder die Placenta nach sich ziehen oder aber bei Geburt in kniender, hockender oder sitzender Stellung intakt bleiben. Über die Tragfähigkeit der Nabelschnur haben verschiedene Autoren exakte Versuche angestellt. Pfannkuch und Hoffmann haben gezeigt, daß schon 1 kg, sogar $^1/_2$ kg genügt, um durch seine Fallkraft die Zerreißung der Nabelschnur herbeizuführen. Doch sind Fälle beobachtet, in denen präzipitiert geborene Kinder an der unversehrten Nabelschnur „hingen". Daß es zur Zerreißung einer lebenden Nabelschnur keiner besonderen Anstrengung bedarf, folgt schon daraus, daß heimlich Gebärende dieselbe sehr oft mit den Händen zerreißen. Die Rißstelle der Nabelschnur findet sich meist in ihrem fötalen Drittel. Mehrfache Verletzungen des Nabelstranges sind beim Herabstürzen des Kindes und spontanem Abreißen möglich. Dicke der Nabelschnur, Varikositäten und vor allem Insertio velamentosa werden als zur Zerreißung disponierende Momente angegeben. Die Frequenz der Zerreißungen bei Sturzgeburten ist aber immerhin nicht sehr groß. v. Winckel fand unter 216 Fällen 42, Koch unter 37 6 Zerreißungen. Sehr oft stürzt eben das Kind nicht so aus der Vagina hervor, daß sein ganzes Gewicht an der Schnur hängt, sondern es gleitet an den Beinen der Gebärenden herunter, die Kreißende befindet sich in

hockender Stellung, oder die Gewalt des Sturzes wird durch die Kleider gemildert. Die Nabelschnurzerreißung gefährdet Mutter und Kind. Für die Mutter beruht die Gefahr auf Zerrung an der Placenta, wie sie mehr oder weniger immer erfolgt. Größer ist die Gefahr für das Kind. Jedoch tritt der Tod des Kindes durch Verblutung aus der Nabelschnur, wenn diese erst nach erfolgter Geburt des Kindes reißt, nur ungemein selten ein, weil, wie meist geschieht, die Nabelschnur in einiger Entfernung vom Kinde abreißt, und namentlich weil das Kind gleich atmet und kräftig schreit. Es tritt dann kaum ein nennenswerter Blutverlust ein, da die kräftige Ringmuskulatur der Nabelarterien deren Lumen verschließt und die reguläre Atmung den Blutdruck in den Nabelgefäßen tief herabsetzt.

Die Verletzungen, welche das Kind bei einer Sturzgeburt durch den Fall auf den Boden erleiden kann, sind sehr verschieden, von einfachen Kontusionen und Hautabschürfungen bis zur vollständigen Schädelzertrümmerung, je nach der Fallhöhe und der Unterlage, auf die das Kind fällt. So genügt schon eine Fallhöhe von den Genitalien der stehend Gebärenden bis zum Boden, um Fissuren und Frakturen der Kopfknochen hervorzurufen, wobei in erster Linie die Scheitelbeine betroffen werden, in selteneren Fällen Stirnbein, Hinterhauptbein, Schläfenbeine und Schädelbasis. Noch größere Fallhöhen können mehrfache Frakturen, selbst Zertrümmerungen des Schädels zur Folge haben, können aber auch ohne ernstliche Folgen abgehen, wie ein von Osler mitgeteilter Fall beweist, in dem eine Schwangere, während der Eisenbahnfahrt von der Geburt überrascht, in der Meinung, Stuhldrang zu verspüren, in das Eisenbahnklosett gebar, und das Kind nur leicht kontusioniert, aber lebend am Bahnkörper gefunden wurde.

Daß den Kindern dadurch, daß sich die Mütter in der Meinung befinden, Stuhlgang zu haben und das Klosett aufsuchen, die Gefahr droht, in den Abort hineingeboren zu werden und in den Fäkalien oder der Spülflüssigkeit zu ersticken, ist bekannt. Derartige Fälle werden von Zeit zu Zeit immer wieder in der Literatur

mitgeteilt und geben oft genug dem Gerichtsarzt Veranlassung, sich zu der Frage zu äußeren, ob Kindesmord, fahrlässige Kindestötung vorliegt oder nicht. Wie schon oben gesagt, betreffen solche Fälle in der Regel Erstgebärende, die die Wehen fälschlich als Stuhldrang oder Leibschmerzen deuten.

Ein gleicher Fall aus der Frauenklinik der Königl. Charité sei hier mitgeteilt:

Am 29. XI. 09 vormittags wurde das unverheiratete erstgebärende 24jährige Dienstmädchen R. entbunden mit Kind in die geburtshilfliche Abteilung der Charité eingeliefert mit der Angabe, daß sie eine Sturzgeburt durchgemacht habe. Sie gibt an, ihre Niederkunft erst für Mitte Dezember erwartet zu haben. Am Tage vorher habe sie sich noch vollkommen wohl befunden, sich nicht irgendwie unbehaglich gefühlt oder irgendwelche Schmerzen gehabt. In der Nacht habe sie gut geschlafen. Morgens gegen 6 Uhr sei sie dann mit heftigen Leibschmerzen aufgewacht. Da sie auch heftigen Stuhldrang verspürte, sei sie dann auf das Klosett gegangen. Dort habe sie dann gemerkt, daß es sich nicht um Stuhlgang gehandelt habe, sondern daß die Geburt im Gange sei. Das Kind sei dabei in das trichterförmige Klosett gefallen. Sie habe selbst dann die Nabelschnur zerrissen und sich danach mit dem Kind wieder ins Bett begeben. Erst nach einiger Zeit wurde ihre Umgebung auf sie aufmerksam und schickte nun zur Hebamme, die die Nabelschnur unterband und die Überführung in die Charité veranlaßte. Eine nennenswerte Blutung war nicht eingetreten.

Bei der Einlieferung wies die Mutter folgenden Zustand auf: Die noch nicht geborene Nachgeburt zeigt sich gelöst und wird leicht exprimiert. Der Damm hat bei der Sturzgeburt nicht standgehalten, es besteht ein Riß II. Grades. An der Placenta war kein Defekt nachzuweisen. Die Eihäute waren vollständig. Uterus kontrahiert sich nach Austritt der Nachgeburt gut und bleibt hart.

Zustand des Kindes: Äußerlich lassen sich am Kinde außer einigen geringen Hautabschürfungen am Kopfe keine Verletzungen wahrnehmen.

Die Untersuchung des Kindes ergab folgendes: Mädchen, lebend, Länge 51 cm, Alter 10 Mondesmonate, Schwere 3400 g; Kopfdurchmesser: gerader 12 cm, schräger 13 cm, senkrechter 11 cm, großer querer 9 cm, kleiner querer 7 cm; größter Umfang 35 cm, funktionierender 32 cm. Eine Kopfgeschwulst ist nicht vorhanden.

Die Nabelschnur hat eine Länge von 50 cm, ist fingerdick; die Einsenkung in die Placenta liegt zentral.

20½ Stunde nach der Geburt tritt beim Kinde der Exitus ein. Sektionsbefund: starke Blutungen in die Weichteile an den obersten Halswirbelgelenken bis unter die Schleimhaut der Rachenhöhle; Aspiration von Blut. Pneumonie rechts. Emphysem an den Randpartien. Starkes interstitielles Emphysem links. Embolus in der rechten Lungenarterie. Blut im Magen, Duodenum und oberen Teil des Dünndarms.

Die Anamnese der Mutter ergab: Es handelt sich um eine mittelgroße 24jährige Erstgebärende von mäßig kräftigem Körperbau. Muskulatur und Fettpolster sind leidlich gut entwickelt. Die ersten Menses sind mit 17 Jahren aufgetreten, Unregelmäßigkeiten in der Menstruation sind nicht vorgekommen. Die letzte Regel war angeblich am 8. III. 09, die Empfängnis hat nach Aussagen der Wöchnerin am 14. III. 09 stattgefunden. Das Befinden in der Schwangerschaft ist immer ein gutes gewesen. Die ersten Kindsbewegungen hat die Wöchnerin im Juni gespürt. Draußen nicht untersucht.

Die äußeren Beckenmaße: Spin. ant. sup. 24 cm, Cristae 26 cm, Troch. 29 cm, Conjug. extern. 19 cm.

Der Wehenanfang wird auf 6 Uhr vormittags angegeben, den Zeitpunkt, wo die Wöchnerin aus dem Schlaf infolge der „Leibschmerzen“ aufwachte. Über den Blasensprung können keine Angaben gemacht werden. Die Geburt des Kindes fand 6^{15} Uhr vormittags statt. Die bei der Aufnahme bereits gelöste Nachgeburt wird um 11^{45} Uhr in der Klinik geboren. Temperatur und Puls normal. Blutverlust gering. An Verletzungen finden sich außer dem bereits erwähnten Dammriß keine.

Der Verlauf des Wochenbettes war ein ganz normaler, Temperatursteigerungen fehlten vollkommen.

Wöchnerin fühlte sich wohl und stand bereits am 5. Tage auf. Der Dammriß war bei der Entlassung verheilt.

Ähnliche Fälle wie dieser kehren immer wieder und geben dem Gerichtsarzt oft genug Gelegenheit, sich gutachtlich darüber zu äußern. Geht das Kind bei derartigen Klosettgeburten durch die erlittenen Verletzungen oder, wie meist, durch Ertrinken in der Abortjauche oder Spülflüssigkeit zugrunde, so ist die Frage zu entscheiden: Liegt eine vorsätzliche Tötung, eine fahrlässige Verursachung des Todes vor oder nicht?

Die Gesetzgebung behandelt den Kindesmord als besonderes Verbrechen. Der § 217 des Strafgesetzbuches lautet:

„Eine Mutter, welche ihr uneheliches Kind in oder gleich nach der Geburt vorsätzlich tötet, wird mit Zuchthaus nicht unter 3 Jahren bestraft.

Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnisstrafe nicht unter 2 Jahren ein."

Als Grund für die besondere Vorschrift zur Beurteilung der Tötung „unehelich" geborener Kinder sind die Motive der Tat in solchen Fällen anzusehen, Scham, Furcht vor Schande, Verzweiflung, überhaupt der während und gleich nach der Geburt bei der Täterin vorhandene geistige und körperliche Zustand.

Es sind denn auch gewöhnlich Fälle von außerehelichen Geburten, die zu gerichtlichen Untersuchungen Veranlassung geben.

Zur Erklärung der bedeutenden Überzahl der Totgeborenen unter den unehelich Geborenen ist man zunächst geneigt, ein mehr oder minder bewußtes Zugrundegehenlassen unwillkommener Nachkommenschaft anzunehmen. Für den Tod kurz vor und in der Geburt kommt jedoch anderen Momenten der hauptsächliche Einfluß zu. Der psychische Zustand, die Depression der unehelich Schwangeren, die Aufregung und Angst bei der Geburt selbst ist bei einer großen Zahl der außerehelich Gebärenden wohl nicht ohne Einfluß. Einen großen Teil der unehelich Totgeborenen machen auch die syphilitisch abgestorbenen und in der letzten Zeit

der Schwangerschaft geborenen Früchte aus. Sodann ist sicher, daß manche unehelich Gebärende unter ungünstigen Bedingungen niederkommt, daß vielleicht eine größere Zahl der außerehelich Gebärenden als der ehelichen Mütter der zweckmäßigen Assistenz entbehrt.

Eine Folge dieser sozialen Verhältnisse ist es auch, daß wohl die meisten der vor Gericht zur Verhandlung kommenden Fälle von Sturzgeburten unehelich Erstgebärende betreffen. Die Mütter sind gezwungen, um das Bestehen der Schwangerschaft möglichst geheim zu halten, bis zum Schluß schwere Arbeiten zu verrichten, ihrem Berufe nachzugehen. Auf der andern Seite wagen sie es nicht, sich an berufener Stelle Rat über ihren Zustand zu holen; sie mißdeuten in ihrer Unerfahrenheit die die Geburt einleitenden Wehen und werden von dem Akt selber an gänzlich ungeeigneter Stelle überrascht; es kommt zu einer Sturzgeburt, bei der das Kind in der bereits erwähnten Weise den Tod finden kann. Erschreckt durch das unvorhergesehene Ereignis, voll Verzweiflung und Angst, noch jetzt entdeckt zu werden, unternehmen dann solche Mütter oft noch nach der Geburt das Widersinnigste, was sie tun können, sind sich wohl in vielen Fällen überhaupt nicht ihrer Handlungsweise recht bewußt. Oft wird dann die Leiche des Kindes eher gefunden, als die Mutter bekannt ist. Sache des Gerichtsarztes ist es dann, zu entscheiden, ob das Kind neugeboren, ob es gelebt, sodann, ob die Untersuchung der verdächtigen Mutter den Befund einer erst vor kurzem stattgehabten Geburt ergibt, ob, falls die Mutter zugibt, daß es ihr Kind sei, die von ihr vorgebrachte Entschuldigung einer Sturzgeburt, die sie völlig überrascht habe, mit dem Befund an der Kindesleiche in Einklang zu bringen ist. Ebenfalls sehr häufig entschuldigt sich die des Kindesmordes Angeklagte mit dem Umstand, daß sie nach einer Sturzgeburt von einer Ohnmacht befallen und deswegen außerstande gewesen sei, dem Kinde die nötige Hilfe zu leisten.

Daß von den Angeschuldigten oft der Einwand der Sturzgeburt vorgebracht wird, ist nicht weiter auffallend, wenn man bedenkt, wie groß die Häufigkeit der Ge-

burten ist, in denen die Gebärenden in ungewöhnlicher Lage außerhalb des Bettes an ungeeigneten Orten ohne sachkundige Hilfeleistung überrascht werden. Die Möglichkeit einer Sturzgeburt muß in solchen Fällen eben zugegeben werden, wenn, wie gesagt, die Verletzungen und der Befund an der Leiche des Neugeborenen den Angaben der Angeklagten und ihrer Untersuchung nicht widersprechen.

Bei der Mutter selbst ist der psychische und physische Zustand zu beachten. Die Gesetzgebung hat die geminderte Zurechnungsfähigkeit der des Kindesmordes Angeklagten, besonders der unehelich Gebärenden, durch das gelindere Strafmaß anerkannt. Abgesehen von jener Aufregung des Nervensystems bis zur Verwirrung der Sinne, bis zur Trübung des Bewußtseins, wie sie bei sehr schwachen Geisteskräften der Angeschuldigten vorkommen kann, die dann zu Handlungen führt, bei denen eine freie Willensbestimmung ausgeschlossen ist, können Ermattung und Schwäche, Betäubung und Ohnmacht besonders bei von der Geburt Überraschten nach Vollendung derselben die Mutter hindern, dem Kinde die erforderliche Hilfe zu leisten, wenn dieses nicht etwa schon vorher durch den Fall sich tödliche Verletzungen zugezogen hat.

Über die Frage, ob der Angabe der Angeschuldigten, sie sei während der Geburt von einer Ohnmacht überrascht worden, Glauben zu schenken sei, ist vielfach gestritten worden. Während die einen, veranlaßt durch die Tatsache, daß in Gebäranstalten so gut wie nie Ohnmachten während der Geburt beobachtet werden, die Möglichkeit einer solchen überhaupt bezweifeln, wird sie gerade bei Sturzgeburten vor allem von Freyer, ferner von Dörfler, Bayer, Defranceschi, Schwarzschild und anderen betont; auch Brouardel nimmt für seltene Fälle die Möglichkeit einer Synkope an.

Freyer führt 5 Fälle an, in welchen die des Kindesmordes Angeklagten von Zeugen noch in Ohnmacht liegend gefunden wurden. Der wichtigste derartige Fall ist der von Kamnitzer beobachtete und von Freyer mitgeteilte Fall, in welchem eine Gebärende, die ihrem

Verhalten nach die Geburt zu verheimlichen suchte, unter einem plötzlichen Schrei in Ohnmacht fiel und von dem sofort zur Stelle befindlichen Arzt getroffen wurde, wie sie, vor dem Kinde in einer großen Blutlache kniend, eben bewußtlos nach vorn über das Kind niederfiel, welches nur durch unmittelbares Aufheben der Mutter vor dem Erdrücktwerden gerettet wurde: die Mutter erwachte erst nach 15 Minuten aus der Ohnmacht.

Von Wichtigkeit ist ferner ein von Rayner und Stuart beobachteter Fall, wo die Entbundene auf dem Abort tot aufgefunden wurde, und das in den Abort geborene tote Kind sehr schwer aus der Klappe zu entfernen war; als Todesursache wurde ein während der Geburt eingetretener Chok angenommen.

Wenn auch die Zahl der direkt beobachteten Fälle von Ohnmachten bei der Geburt nicht sehr groß ist, wird man doch die Angabe einer Angeklagten, sie sei während der Geburt in Ohnmacht gefallen, nicht ohne weiteres als Lüge bezeichnen können. Als Beweis für das Vorkommen von Ohnmachtszuständen bei der Geburt führt Freyer außerdem noch 10 Fälle an, in welchen die Angeklagten den nach Erwachen aus der Ohnmacht begangenen Kindesmord zugestanden, die Ohnmacht aber aufrecht erhielten. Freyer hält in diesen Fällen die Angaben der Angeklagten für durchaus glaubwürdig, weil nach dem Geständnis des Kindesmordes ein Vorschützen der Ohnmacht völlig zwecklos sein würde.

Nach alledem ist die Möglichkeit des Vorkommens der Ohnmacht bei Geburten als bewiesen zu betrachten. Steht ein solcher Fall zur Begutachtung, so muß der Sachverständige die Angaben der Angeschuldigten prüfen, wobei die besonders bei Sturzgeburten in Erscheinung tretenden Momente, die eine Ohnmacht erfahrungsgemäß herbeiführen können, Geburt in aufrechter Stellung, plötzliche Entleerung des Uterus, daraus folgend Kongestion der Abdominalorgane und Anämie des Gehirns, der heftige, plötzlich eintretende Schmerz, zuweilen Blutungen, die bei Sturzgeburten besonders häufig sind, oder auf psychischer Grundlage beruhende Momente zu beachten sind.

Wie schwierig mitunter die Entscheidung der Frage werden kann, ob eine Ohnmacht während der Geburt zuzugeben ist, zeigt folgender von Schwab mitgeteilte Fall:

Die Angeklagte behauptete, eine Sturzgeburt mit Ohnmacht in den Abort gehabt zu haben. Nach dem Erwachen aus der Ohnmacht habe sie unter einstündigen angestrengten Bemühungen, während deren sie wiederholt Ohnmachtsanfälle gehabt haben will, den festgeklemmten Kopf herausgezogen. Das tote Kind wurde dann in einen Mülleimer versteckt. Die Sektion ergab lufthaltige Lungen und die Zeichen des Erstickungstodes sowie eine Durchreißung des Lig. vertebr. longit. ant. am Halse mit geringer vitaler Reaktion. Versuche mit Kindesleichen ergaben an dem betreffenden Klosett, daß die Kinder beim Herunterstürzen sich nicht mit dem Kopf festklemmten, sondern daß sie erst, als sie gewaltsam hineingedrückt worden waren, sehr schwer zu entfernen waren. Es wurde daher angenommen, daß die Sturzgeburt in den Abort erfolgte und das Kind hier erstickte oder vielmehr im Spülwasser ertrank (die rechte Lunge zeigte Hypervolum und reichlichen Schaum auf der Schnittfläche), ferner, daß die Angeschuldigte zuerst den Kopf hineindrückte, um das Kind zu beseitigen, und danach es wieder mit vieler Mühe herauszog, als es sich schon in der Agone befand, wofür das Fehlen von Druckspuren und Verletzungen am Halse sprach. Hierbei war die Durchreißung des Wirbelsäulenbandes zustande gekommen. Da die Mutter beim Erwachen aus der angeblichen Ohnmacht, deren Möglichkeit zugestanden wird, das Kind für tot halten konnte, ist zum mindesten grobe Fahrlässigkeit anzunehmen, da sie sich leicht vergewissern konnte, ob das Kind noch lebte.

Außer der Ohnmacht treten auch noch andere Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems bei Geburten und besonders bei Sturzgeburten auf, die ja vermöge des dabei bestehenden psychisch hochgradig erregten Zustandes der Kreißenden ein vorbereitetes Feld finden. Bei neuropathisch und hysterisch veranlagten Personen können Bewußtlosigkeitszustände auf hysterischer und epileptischer Grundlage eintreten. Der-

artige Fälle sind wiederholt beobachtet; auch die Hypnose spielt eine Rolle, jedoch betonen die meisten Beobachter nur die Schmerzlosigkeit, nicht den Verlust des Bewußtseins. Tissier erwähnt einen Fall von Sturzgeburt in einem Zustand von hystero-epileptischer Bewußtlosigkeit, bei dem die Gebärende vorher keinerlei psychische Anomalien geboten hatte. Die Geburt erfolgte in aufrechter Stellung in ein Becken, und die Nabelschnur riß 13 cm entfernt vom Nabel ab. Erst nach 5 Tagen kehrte das Bewußtsein zurück, und die Mutter hatte keine Erinnerung an die Entbindung.

Daß bei Rückenmarkserkrankungen wie Tabes die Geburt völlig schmerzlos und ohne Mitwirkung der Bauchpresse verlaufen kann, ist mehrfach beobachtet und bereits erwähnt. Aber auch bei sonst völlig gesunden Frauen ist es möglich, daß die Eröffnungswehen vollkommen unbeachtet bleiben, und mit Einsetzen der Austreibungswehen höchstens etwas Stuhldrang verspürt wird. In den meisten Fällen belehrt dann erst ein kurzer, intensiver Schmerz beim Durchschneiden des Kopfes durch die Vulva, daß statt des vermeintlichen Stuhlgangs die Geburt im Gange ist. Doch kann auch selbst die ganze Geburt als solche nicht erkannt werden, bei Mehrgebärenden und kleinen Früchten beobachtet.

Wittener beschreibt in der Münchener medizinischen Wochenschrift folgenden Fall: „Ein hiesiger Kollege zog mich bei einer Patientin zu Rate, welche im Anschluß an eine Tonsillendiphtherie eine ziemlich schwere Bronchitis capillaris bekommen hatte. Außerdem war die Frau II para, im 9. Monat gravide. Wenige Tage nach dieser Konsultation wurde ich in Abwesenheit des behandelnden Kollegen zu der Frau gerufen, weil die Geburt zu beginnen scheine. Bei meinem Erscheinen fand ich die Frau auf einem Nachtstuhl sitzend; sie erzählte mir, sie habe eine große Portion Brustpulver genommen, welches soeben einen sehr starken Erfolg gehabt habe. Sie habe aber außerdem die Empfindung, als ginge die Geburt vor sich. Ich ließ die Frau durch eine anwesende Pflegeschwester zu Bette bringen, um eine geburtshilfliche Untersuchung vorzunehmen, und

war im höchsten Grade erstaunt, als ich einen ca. 6 cm von der Insertionsstelle abgerissenen Nabelstrang und die eben im Durchgang durch den Introitus vaginae begriffene Placenta zu Gesicht bekam. Ich eilte natürlich sofort nach dem Nachtstuhl und fand in dem mit Wasser halb gefüllten Eimer desselben das sehr kräftig entwickelte Kind weiblichen Geschlechts mit dem Kopfe nach unten, natürlich ertrunken, vor. Die Frau hatte keine Empfindung von der bereits stattgehabten Entbindung, sondern nur, wie gesagt, das Gefühl einer reichlichen Ausleerung gehabt. Eine Absichtlichkeit ist auch schon deshalb ausgeschlossen, als die in geordneten Verhältnissen lebenden Leute schon sehnlichst die Geburt eines zweiten Kindes wünschten, da das erste ca. 4 jährige sehr schwach und elend ist. Die Frau war zunächst außer sich, und ich konnte sie nur dadurch beruhigen, daß ich ihr versicherte, das Kind sei schon vorher abgestorben gewesen, sonst hätte es nicht so rasch geboren werden können Das Wochenbett verlief vollständig normal, abnorme Blutungen stellten sich nicht ein.“

Derartige schmerzlose Geburten bei sonst gesunden Frauen gehören durchaus nicht zu den Seltenheiten; sie wiederholen sich auch oft genug bei ein und derselben Frau. So berichtet Jrving über sechs völlig schmerzlos verlaufene Geburten bei derselben Frau, deren Schwester ebenfalls stets völlig schmerzlos geboren haben soll. B. Wolff beobachtete einen Fall von absoluter Schmerzlosigkeit der Wehen von Anfang der Geburt bis zum Schluß derselben; ja trotz objektiv deutlich nachzuweisender Uteruskontraktionen kamen diese der völlig gesunden und kräftigen Erstgebärenden gar nicht zur Wahrnehmung. Die Tätigkeit der Bauchpresse fehlte dabei vollständig.

Da auch der Austritt des Kindes, der in den meisten dieser Fälle unvermutet eintreten wird, schmerzlos sein kann, so kann auch bei an sich langsamem Geburtsverlauf die völlig schmerzlose Wehentätigkeit schließlich zu einer Sturzgeburt oder überhaupt zu einer Geburt in ungeeigneter Situation führen. Oft genug kommen so die Sturzgeburten in ein Klosett zustande, ohne daß sich

die Mutter des Geburtsvorganges zu rechter Zeit bewußt zu werden braucht.

Brouardel ist der Ansicht, daß die Möglichkeit einer unabsichtlichen Klosettgeburt in den meisten Fällen nicht zutrifft. Er schildert die Befunde an Kinderleichen, die in Abortgruben gefunden wurden. Er macht darauf aufmerksam, daß bei der gewöhnlichen Stellung das Kind nicht in das Klosett, sondern gegen die Brille geboren wird und sogar wahrscheinlich auf den Fußboden herunterfällt, wobei es eine Reihe von Verletzungen davontragen kann. Diese Ansicht kann nicht als richtig angesehen werden, weil nach Stumpf bei dem für Stuhldrang gehaltenen Wehendrang unwillkürlich der Körper stark vornübergebeugt wird, und daher das Kind sehr wohl in das Klosett geboren werden kann. Einwandfreie Fälle beweisen überdies, daß das Kind tatsächlich oft in den Abort geboren wurde. Vullien beobachtete eine Klosettgeburt in einer Entbindungsanstalt, bei welcher die Kreißende nach Geburt des Kopfes um Hilfe rief und bei Ankunft der Hilfe eben die Schultern austraten.

Nach Straßmann kommt es ebenfalls sehr häufig vor, daß die Preßwehen als Stuhldrang gedeutet werden, zumal sie bei vielen normalen Geburten als solche empfunden werden. Darin liege auch zugleich der Grund, weshalb ein so großer Teil der Sturzgeburten auf dem Abort sich ereigne; vielleicht sei es auch der Grund, warum die überstürzt gebärende Frau meist bei den letzten Wehen hinhocke. „In der Berliner Charité ereignete es sich bei einer Geburt, daß die Kreißende in der Nacht auf einmal aus dem Bette sprang, sich auf den in der Ecke des Kreißsaales stehenden Eimer setzte und sofort unter heftigem Pressen das Kind in das gefüllte Gefäß gebar: völlig erschöpft mußte sie aufgehoben werden. Es gelang zum Glück, das Kind, das schon von der Flüssigkeit aspiriert hatte, noch vor dem Ertrinken zu retten; eine Verletzung war dabei nicht entstanden.“

Unter den Sturzgeburten sind es wieder vor allem die Abortgeburten, bei denen dem Kinde besondere Gefahren drohen. Der Sturz des Kindes bei Geburten

im Stehen, Knien oder Niederhocken wird im allgemeinen nicht die Folgen haben wie ein Sturz des Kindes aus größerer Höhe in gefrorene oder leere Abortgruben. Zudem kommt bei den Abortgeburten die Gefahr des Todes der Neugeborenen durch Ertrinken in Betracht, wie denn überhaupt diese Fälle das größte Kontingent unter den gerichtlichen stellen.

Die lediglich durch den Fall des Kindes auf den Boden hervorgerufenen Verletzungen werden gewöhnlich nicht so schwerer Art sein, da der Sturz in den meisten Fällen, wie gesagt, durch die Kleider, durch das Abreißen der Nabelschnur gemildert wird. Im allgemeinen wird man annehmen können, daß mehrfache Verletzungen der Kopfhaut, mehrfache Knochenbrüche oder Fissuren der Schädeldecke mehr für gewaltsamen Tod sprechen, ev. durch Eingreifen einer dritten Person, wenn besonders zahlreiche Verletzungen vorhanden sind. Da aber selbst schon eine Fallhöhe von den Genitalien der stehend Gebärenden bis zum Boden genügt, um eine vollständige Zertrümmerung des Schädels herbeizuführen, ist in jedem Falle eine sorgfältige Berücksichtigung und Vergleich der Angaben der Mutter mit dem objektiven Befund unbedingt nötig. Einen äußerst lehrreichen Fall in dieser Beziehung teilt Lesser mit. Das betreffende Kind zeigte eine große Menge teils oberflächlicher, teils schwererer Verletzungen, z. T. Knochenbrüche an Stirn-, Scheitel-, Schläfen-, Gesicht- und Ohrgegend sowie an Brust und Schulter und ließ durch den Luftgehalt der Lunge erweisen, daß es gelebt habe. Die Mutter war aber über die Zeit der Schwangerschaft im Unklaren, weil ihr von ärztlicher Seite im Anfang der Schwangerschaft das Bestehen einer solchen in Abrede gestellt worden war, und gebar schließlich auf dem Klosett, in welches das Kind unter Abreißen der Nabelschnur hineinstürzte. Die gefundenen Verletzungen ließen sich mit den von der Angeschuldigten gemachten Angaben in Einklang bringen, so daß für eine absichtliche Tötung des Kindes kein Beweis erbracht werden konnte.

Immerhin ist eine Sturzgeburt in den Abort als höchst unwahrscheinlich anzusehen, wenn zahlreiche

Verletzungen festgestellt werden; jedoch ist dabei die Beschaffenheit des Aborts und seiner Öffnung, der Klappe, zu berücksichtigen, um die Möglichkeit mehrfacher Verletzungen beim Sturz durch Klappe und Rohr zu ermitteln. Der häufigste Tod des Kindes bei Sturzgeburten in den Abort ist der des Ertrinkens. Fällt das Kind direkt in ein mit Wasser gefülltes Gefäß oder eine Kloake, so findet sich gewöhnlich keine Spur einer Verletzung; die Lungen sind luftleer; oft aber findet man dann in der Luftröhre, den größeren Bronchien sowie in der Speiseröhre, Magen und oberem Teil des Dünndarms die aus dem umgebenden Medium, Fäkalien oder Spülflüssigkeit, aspirierten Massen. Ist es nicht zum Untersinken gekommen, so können Neugeborene mitunter noch lebend aus den Kloaken hervorgeholt werden, wenn sie durch Schreien und Winseln die Aufmerksamkeit auf sich gezogen haben, eine Luftatmung also möglich war.

Besondere Beachtung ist bei Entscheidungen, ob es sich um Sturzgeburt oder Kindesmord handelt, auch der Lokaluntersuchung zu schenken. Gegen die Sturzgeburt spricht es im allgemeinen, wenn die Öffnung am Abortbrette eng war, oder wenn unter demselben sich ein Trichter mit einer Klappenvorrichtung befand, woraus ersichtlich ist, daß das Kind nach der Geburt durchgepreßt werden mußte. Als Beispiel kann der von Schwab mitgeteilte und oben angeführte Fall von zweifelhaftem Kindesmord gelten.

Daß auch dieser Satz nicht immer ohne weiteres Geltung haben kann, beweist der von Rayner und Stuart beobachtete Fall, bei welchem die Mutter tot auf dem Abort gefunden wurde, und das tote Kind nur sehr schwer aus der Klappe zu entfernen war.

Ebenso beschreibt Westphal in der Vierteljahresschrift für gerichtliche und öffentliche Medizin, Berlin 1862, unter der Überschrift: „Entbindung auf und aus einem Water-Klosett“ folgenden in der Hauptsache hier wiedergegebenen Fall: „In früher Morgenstunde des 20. VII. 1860 wurden auf einer Abteilung der weiblichen Geisteskranken in der Charité vom Klosett aus plötzlich Gekreisch und Hilferufe gehört. Die sofort herbeieilenden Wärterinnen

fanden die 30jährige an Melancholie mit Stumpfsinn leidende Z. schweigend vor einem der Klosetts in aufrechter Stellung, mit einem im Becken des Klosetts sichtbaren Kinde durch die Nabelschnur verbunden. Neben der schweigenden Frau stand in Tränen schwimmend die Kranke, deren Hilfegeschrei man gehört hatte, und die soeben erst zur Befriedigung eines Bedürfnisses auf das Klosett geführt war. Der hinzugekommene Stationsarzt und die Wärterinnen bemühten sich nach Trennung und Unterbindung der Nabelschnur erfolglos, das Kind herauszuziehen.

Durch die vier Zoll im Durchmesser haltende Ausgangsöffnung des Klosetts nun war der Kopf des Kindes geglitten, indem es den beweglichen Metalldeckel heruntergedrückt hatte, der nunmehr vermittelst des ihn in seine Gleichgewichtslage zurücktreibenden Gewichtes schräg gegen den Kopf andrückte. Die Schultern steckten in der oberen Öffnung des konisch zulaufenden Raumes, der Hals nahm zum Teil diesen selbst ein; die Arme waren durch die Öffnung mit vorgefallen; an den in die Höhe gehaltenen Beinen hatte man bis zu meiner Ankunft, die nach etwa fünf Minuten erfolgte, vergebliche Extraktionsversuche gemacht. Sobald ich zur Stelle war, versuchte ich zunächst, die Arme zu lösen, d. h. in diesem Falle, sie nach oben zu bringen, was auch ohne Mühe gelang. Es zeigte sich indes sogleich, daß hierin das Hindernis nicht gelegen hatte, denn der Kopf war auch so nicht durch die untere vierzöllige Öffnung hindurchzubringen, sondern stemmte sich den verschiedensten Drehungen und Wendungen zum Trotz immer wieder mit einzelnen Teilen gegen die ziemlich scharfkantigen Ränder der unteren Öffnung an. Zeitweises Schreien des Kindes zeigte, daß es lebte, trotzdem das Wasser ununterbrochen an seinem Kopfe herabfloß. Nach allen vergeblich angestellten Versuchen blieb nichts übrig als, schleunigst den Maschinisten des Hauses herbeizuholen, um sowohl die Holzbekleidung des Klosetts als auch den oberen Teil desselben von dem unteren, das Getriebe enthaltenden zu entfernen; zugleich konnte mit seiner Hilfe durch Verschluß des betreffenden Hahnes das von oben

einströmende Wasser abgesperrt werden. Als endlich der obere Klosetteil abgehoben wurde, waren von der Geburt des Kindes an mindestens 20 Minuten verflossen. Durch die untere Ausgangsöffnung des Klosetts, die nunmehr gleichsam eine untere Beckenöffnung darstellte, wurde endlich nach Lösung der durch die frühere Manipulation in die Höhe geschlagenen Arme die sonderbare Geburt leicht beendet und ein lebendes Kind herausbefördert, das, abgesehen von einigen kleinen Schrammen und geringen Sugillationen an den Lippen und dem Zahnfleisch, keine weiteren Verletzungen erlitten hatte und sich kräftig weiter entwickelte.

Schließlich sei noch erwähnt, daß bei der Exploration der Mutter einen Tag vor der Geburt Zeichen des Beginnes derselben noch nicht vorhanden waren, und keine Spur wehenartiger Schmerzen sich zeigte, als sie anscheinend zur Verrichtung des Stuhlgangs das Klosett aufsuchte. Über den Verlauf einer vor vier Jahren erfolgten Geburt eines unehelichen noch lebenden Kindes konnte nichts in Erfahrung gebracht werden."

Die absichtliche Beseitigung des Kindes ist in diesem Falle ausgeschlossen. Eine derartig feste Einkeilung des Kopfes in die untere Öffnung des Klosetts, ohne daß auch nur der Versuch gemacht war, das Kind gewaltsam hindurchzudrücken und in der Spülflüssigkeit zu ersticken, beweist, wie vorsichtig selbst solche Momente, die ohne weiteres für die Absicht des Kindesmordes zu sprechen scheinen, im Falle gutachtlicher Äußerung zu bewerten sind. Für die Möglichkeit von Klosettgeburten ist auch der Verlauf dieser Geburt vollauf beweisend. Begünstigt durch die geistige Verfassung der Gebärenden haben eine schnelle Geburt und die Verwechselung der Preßwehen mit Stuhldrang seitens der Mutter — letzteres trotz einer vor 4 Jahren bereits vorhergegangenen Geburt — zu dem Sturz des Kindes in den Abort geführt.

Auch in dem vorher mitgeteilten Fall der 24jährigen Erstgebärenden R. ist die Sachlage derartig, daß die etwa aufgeworfene Frage: Verband die unverehelichte Person mit der Geburt in den Abort hinein eine verbrecherische Absicht oder nicht? — nicht bejaht werden

kann. Zunächst muß angeführt werden, daß die Erstgebärende sehr wohl über die richtige Deutung der Wehen im Unklaren sein konnte, daß die vorbereitenden Wehen ihr völlig entgangen sein können, sei es, daß sie von ihr überhaupt nicht gespürt oder daß sie nicht beachtet wurden. Dies ist um so mehr zu betonen, als sie den Termin der Geburt erst um einen halben Monat später erwartete. Die Kreißende hat sich, nachdem sie aus dem Schlafe durch die fälschlich als einfache vom Darm ausgehende Leibschmerzen gedeuteten Wehen geweckt, veranlaßt von dem Gefühl, den Mastdarm entleeren zu müssen, zum Abort begeben und gebiert dort im Glauben, daß Stuhlgang eintrete, das Kind in das Klosett. Die stürmisch auftretende Wehentätigkeit und die daher rasch fortschreitende Geburt veranlaßte die Gebärende zum Mitpressen. Auf der Höhe der Wehe wahrscheinlich Sprung der Blase; das mit dem Wasserabflusse schnell in den Muttermund tretende Kind hat nun einen neuen Drang zum Mitpressen verursacht, und die kräftig einsetzende Bauchpresse läßt das Kind rasch aus den Genitalien stürzen, wobei die Mutter die Geburt als solche erkannt haben kann, ohne dann den Fortgang des Ereignisses aufhalten zu können.

Bei einem Vergleiche der Beckenmaße der Mutter und der Maße des Kindskopfes ergibt sich kein Mißverhältnis. Eine Sturzgeburt wäre selbst dann nicht ausgeschlossen, wenn das Becken nicht gerade weit, das Kind gut entwickelt ist event. Druckspuren am Kopfe zeigt, da selbst bei langsamer Geburt die Austreibung schließlich doch plötzlich erfolgen kann. Eine spontane Zerreißung der Nabelschnur hat nicht stattgefunden, vielmehr ist dieselbe von der Mutter selbst zerrissen worden. Daß bei dem Kinde aus der Nabelschnur, die anfangs nicht unterbunden war, keine nennenswerte Blutung erfolgte, entspricht dem schon früher Gesagten. Der Mutter selbst kann aus der Unterlassung der Nabelschnurunterbindung kein Vorwurf gemacht werden, da sie keinerlei Erfahrung besaß. Abgesehen von der Möglichkeit der Sturzgeburt schließt noch die Tatsache eine verbrecherische Absicht aus, daß die Wöchnerin, als die Geburt beendet

war, das Kind aus dem Becken heraushob und sich mit ihm wieder ins Bett begab. Daß sie eine weitere Pflege dem Kinde nicht angedeihen ließ, läßt sich eben mit der Unerfahrenheit der Mutter entschuldigen.

Alle die vorstehend angeführten Fälle beweisen, wie schwierig oft dem Gerichtsarzt die Entscheidung der Frage werden kann, ob Kindesmord oder Sturzgeburt vorliegt. Neben den bei jedem Fall von Verdacht auf Kindesmord angewandten Untersuchungen verdienen alle vorstehenden, bei Sturzgeburten besonders in Betracht kommenden Momente eine eingehende Berücksichtigung. Und lassen sich die Angaben der Angeklagten mit dem Befund der Kindesleiche sowie den Ergebnissen der örtlichen Untersuchungen in Einklang bringen, so kann der Verdacht auf Kindesmord nicht aufrecht erhalten werden. Es muß Sturzgeburt angenommen werden, und Verletzungen oder Tod des Kindes können nicht der Mutter zur Last gelegt werden.

Zum Schluß erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bumm, der mir zu vorliegender Arbeit die Anregung gab, meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Jahresbericht über Fortschritte der Geburtshilfe und Gynäkologie. Jahrgang 1905, 1906, 1907.
2. Zentralblatt für Gynäkologie 1907, 1908.
3. Die Morbidität im Wochenbette bei präzipitierten Geburten. Dissertation Baumann.
4. Klusmann: Ein Fall von Sturzgeburt im Akte vermeinter Stuhlentleerung. Dissertation.
5. Straßmann: Über Sturzgeburt. Deutsche medizinische Wochenschrift 1890, Nr. 44.
6. C. Westphal: Entbindung auf und aus einem Wasserkloset. Vierteljahresschrift für gerichtliche und öffentliche Medizin. Berlin 1862, XXI.
7. v. Winckel: Handbuch der Geburtshilfe.
8. Voelk: Die Kindestötung in gerichtlich-medizinischer Beziehung.
8. Freyer: Ohnmacht bei der Geburt.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Johannes Paul Martin Franke, evangelischer Konfession, Sohn des Rektors Gustav Franke, wurde am 20. November 1883 zu Oranienburg geboren. Seine wissenschaftliche Ausbildung erhielt er auf dem Kgl. Joachimsthalschen Gymnasium zu Berlin, das er Ostern 1903 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Im Sommer 1903 in die Kaiser-Wilhelms-Akademie aufgenommen, genügte er seiner Dienstpflicht mit der Waffe im Sommerhalbjahr 1903 beim 4. Garde-Regiment zu Fuß. Im Sommer 1905 bestand er die ärztliche Vorprüfung; das Staatsexamen beendete er am 19. Juni 1909.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren:

Bernhardt, Bier, Brieger, Bumm, Engelmann (†), Engler, Fränkel, Frey, Gabriel, Goldscheider, Hertwig, Heubner, Hildebrand, Hiller, Kraus, v. Leyden, Lesser, Liebreich (†), v. Michel, Olshausen, Passow, Posner, Rubner, Schultze, Schwendener, Sonnenburg, Straßmann, Stumpf, Thierfelder, H. Virchow, Waldeyer, Warburg, Ziehen.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen ehrerbietigsten Dank aus.